

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



NIT. 800.251.440-6

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



184680922

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional	B. Colectiva C. Institucional	D. De Oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)		

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido <i>Orano</i>	Segundo Apellido <i>Ángel</i>	Primer Nombre <i>Sandra</i>	Segundo Nombre <i>Milena</i>
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad <i>52 492 990</i>	9. Sexo Femenino <i>Y</i>	10. Fecha de nacimiento <i>23/01/1978</i>

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <i>Sura</i>	16. Administradora de Pensiones <i>Colpensiones</i>	17. Ingreso base de cotización - IBC <i>1423.000</i>	Teléfono Fijo <i>04 159 48 17</i>

## 18. Residencia

Dirección

Teléfono Celular <i>300 6278840</i>	Correo Electrónico <i>Sandra.orano.angel@gmail.com</i>		
Municipio / Distrito <i>Bogotá</i>	Zona Urbana <i>Y</i>	Localidad / Comuna	Departamento

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <i>Y</i>	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

## Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino <i>Y</i>	Masculino <i>Y</i>	D D M M A A A A
B2		Femenino <i>Y</i>	Masculino <i>Y</i>	D D M M A A A A
B3		Femenino <i>Y</i>	Masculino <i>Y</i>	D D M M A A A A
B4		Femenino <i>Y</i>	Masculino <i>Y</i>	D D M M A A A A
B5		Femenino <i>Y</i>	Masculino <i>Y</i>	D D M M A A A A

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana <i>Y</i>	Rural		
B2	F N M T P		Urbana <i>Y</i>	Rural		
B3	F N M T P		Urbana <i>Y</i>	Rural		
B4	F N M T P		Urbana <i>Y</i>	Rural		
B5	F N M T P		Urbana <i>Y</i>	Rural		

## Selección de la IPS Primaria

C						Góndola de la IRS (a registrar por la EPS) <i>La Ocasión</i>
B						
B						
B						

**-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -**

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO							
35. Nombre o razón social <i>Metrojuniors</i>		36. Tipo documento de Identificación NIP CC TI PA CE CD		37. Número del documento de Identificación 830092453		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección Correo Electrónico				Municipio / Distrito <i>CBT</i>		Departamento <i>TB2</i>	
B. REPORTE DE NOVEDADES							

#### 40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Movilidad:
  - A. Régimen Contributivo
  - B. Régimen Subsidiado
- 14. Traslado:
  - A. Mismo Régimen
  - B. Diferente Régimen
- 15. Reporte de fallecimiento.
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado

#### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

##### 41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad CN CN CC CC RC RC CC CC PA PA SC SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
43. EPS anterior <i>Aldemar Serrano</i>		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones		

#### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

#### VIII. FIRMAS

##### 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

*Sandra Lorenzo*

##### 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

*Laura Taveras*

#### IX. ANEXOS

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad:<br>Cantidad  | CN RC TI CC PA CE CD SC<br>TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.   |                                  |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de convivencia, escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. |                                  |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.   |                                  |
| <input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.   |                                  |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.   |                                  |

*EPS SANTAS*  
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

**06 FEB 2025**

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

#### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A	69. Fecha de Validación D D M M A A A A
--	---	---------	-------	--	--

##### 70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

#### Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

*Franco J. Vila Fernández  
32567491*

Sello de Radicación

Sticker procesamiento